Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1240 de 2007

CENTRO DE PERSONAL SUBALTERNO RETIRADO DE LAS FUERZAS ARMADAS DE RÍO BRANCO
Ver exposición

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY
Ver exposición

COORDINADORA DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS DEL URUGUAY
GRUPO DE DOCENTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA
Ver exposición

GRUPO DE DOCENTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA
Ver exposición

Sistema Nacional Integrado de Salud

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 18 de setiembre de 2007

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante José Quintín Olano Llano.

MIEMBROS: Señores Representantes Miguel Asqueta Sóñora, Albérico Sunes y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Manuel María Barreiro y Jaime Mario Trobo.

CONCURRE: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

INVITADOS: Por el Centro de Personal Subalterno de las Fuerzas Armadas de Río Branco, señores Laudares Sánchez, Luis Alberto Correa y Eduardo García.

Por el Sindicato Médico del Uruguay, doctores Alfredo Toledo, Presidente; Álvaro Ginzo, Leonel Braica, Alicia Dalgalarrondo, Darío Picerno y escribano Julio Lorente, asesor.

Por la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, señores Héctor Morales, Secretario General; Raquel Pons, Irma Mateos, Cecilio Lugardo, Mario Trápani, Juan Cabrera, Felisa Alonso, María Manuela Vázquez, Carlos Boschi y Luis Rodríguez.

Por el Grupo de Docentes de Educación Primaria, maestras Mary Caraballo y María Elena Obispo.

SEÑOR PRESIDENTE (Olano Llano).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social recibe a una delegación del Centro de Personal Subalterno Retirado de las Fuerzas Armadas de Melo, integrada por los señores Laudares Sánchez, Luis Alberto Correa y Eduardo García.

SEÑOR SÁNCHEZ.- Hace un año estamos frente a la Institución -hubo elecciones y ganamos- y tratamos de hacer las cosas bien en beneficio de la masa social, es decir, del retirado militar y de su familia

¿Qué brindamos? Lo que tiene que ver con la atención de la salud: con una cuota promedio de $ 150 por mes ofrecemos servicios de médico durante las veinticuatro horas, médico de policlínica, especialistas traídos desde Montevideo y, además, contamos con equipos para hacer análisis de sangre y de orina, equipamientos para electrocardiogramas, una ambulancia y una mini farmacia. Todo esto lo brindamos, reitero, con una cuota promedio de $ 150, que incluye a todo el núcleo familiar, independientemente de las personas que lo integren. De ahí es que nosotros siempre tratamos de tener contacto con los responsables de la salud, porque cada vez más debemos mejorar las cosas.

Ahora que se viene la reforma de la salud, ya estuvimos reunidos con la señora Ministra en Melo junto con la Directora del Departamento de Salud, y explicamos cuál es nuestro trabajo. Nos faltaba este paso, es decir, asistir a esta Comisión, y fue el señor Diputado Botana quien nos alentó a que viniéramos a explicar nuestra situación, pues nos parece bueno que los integrantes del Poder político sepan qué estamos haciendo para que así puedan tener una conversación con la señora Ministra y con los responsables del Hospital Militar. Como retirados militares nos corresponde ser atendidos en el Hospital Militar, pero nos queda a 400 kilómetros de distancia.

Para nosotros no existe este Hospital; cuando se traslada a un paciente prácticamente este llega al borde. ¿Por qué digo esto? Porque, en primer lugar, lo trasladan al hospital local, dependiente de Salud Pública, que no cuenta con ambulancias para nuestros casos. Sí se puede conseguir alguna ambulancia en Treinta y Tres o en Minas, pero ese traslado puede llegar a demorar tres, cuatro o cinco días; es más, conozco gente que ha viajado desde el Hospital de Melo a Montevideo en taxi, pagando de su propio bolsillo.

Estas son las cosas que queremos que sepa el Poder político porque, cuando nosotros decimos algo, tratamos de buscar una solución.

En su momento, dije que contábamos con una ambulancia, que habíamos comprado en 1998; lamentablemente, en cuatro años tuvimos que dejar de utilizarla porque en un viaje a Montevideo consume diez litros de aceite. Esto significa que no podemos trasladar a un paciente en esa camioneta.

En el día de ayer estuvimos conversando con el Director del Hospital de Melo, y con toda razón -la razón no merece ser discutida- nos decía que si a él se le presenta la necesidad de hacer dos traslados, uno proveniente de Salud Pública, y otro del Hospital Central, priorizaría el de Salud Pública porque ese paciente no tiene nada. Sin embargo, nosotros pagamos, mucho o poco, pero pagamos una cuota desde que ingresamos al Ejército hasta el último día de nuestras vidas.

Entonces, cuando se trate el tema del Hospital Militar, nosotros aspiramos a que se busque una solución más específica para nosotros. Por ejemplo, en nuestra institución necesitamos tener un convenio con una empresa

de ómnibus y este mes -por decirles algo- hay que pagar más de $ 29.000 por pasajes, de los cuales $ 6.000 son donados y el resto lo cobramos en dos o tres cuotas al retirado. ¿Para qué? Para venir al Hospital Militar; si no, es imposible, porque los retiros son muy chiquitos. Aparte, hay retirados que nunca vinieron a Montevideo; otros tienen ochenta años y deben venir acompañados. Entonces, se les hace difícil pagar más de $ 1.000 de pasaje y la estadía. Y de repente llega al Hospital Militar, lo atienden y lo hacen volver a los cinco días. Ese retirado con la señora, un hijo o quien lo acompañe, queda prácticamente aislado en Montevideo, muchas veces durmiendo en un banco del Hospital.

No sé si me están entendiendo; yo hablo, sinceramente, de cómo son las cosas. Nosotros creíamos que el Hospital Militar nos iba a brindar otro apoyo, pero por la conversación que tuve ayer con el Director del Hospital de Melo no es así. Entonces, se nos hace muy difícil.

Hoy fuimos a la Caja de Retirados para ver si nos pueden girar nuestra cuota antes del día 20, porque con la reforma tributaria, de pagar algo más de $ 6.000 nos fuimos a más de $ 10.000, incluyendo el BPS y la Dirección General Impositiva. Además, tenemos que pagar el 10% del IVA a los médicos y a todos los profesionales, los especialistas que van desde Montevideo. Todo eso nos significa un montón de plata más y si nos demoramos un día en el pago, por ejemplo al BPS, nos ponen multa. Entonces, conseguimos audiencia con el Director de la Caja, conversamos y le explicamos. Esa parte va a quedar solucionada y nos van a girar antes el dinero. Nosotros tenemos un total de ocho funcionarios entre administrativos, enfermeros, conductores y sereno, más seis médicos permanentes que cobran sueldo y todos los especialistas. Tenemos un convenio por el cual debemos pagarles a más tardar los días 15 de cada mes, sabiendo que el último día para pagar es el 10. Lo llevamos al 15, pero ahora se nos estaba corriendo mucho, al 20 y más; por eso vinimos a hablar. Por ese lado, nos vamos contentos, porque se solucionó el problema y dimos un paso muy importante.

Yo sé que están muy ocupados, pero lo que más les pediría es que consideren nuestro planteo cuando traten el asunto del Hospital Central. Reitero: estamos a cuatrocientos kilómetros de Montevideo y tenemos viejitos que han muerto en Melo sin que pudieran ser trasladados acá. Y, como dije, algunos retirados vinieron en taxi a Montevideo. Esas cosas no pueden seguir pasando. Un retirado gana $ 3.000 o $ 4.000 en promedio y no creo que haya alguno que no esté sumergido en algún préstamo social. Todo eso acarrea una imposibilidad tremenda para venir a Montevideo.

Nosotros hablamos con la señora Ministra en Melo. Ella tampoco está conforme con lo que se hace y nos adelantó que casi seguro que el Hospital Central iba a hacer convenio con Salud Pública; pero si es el que está ahora, para nosotros no existe. No tiene sentido porque si hay dos traslados, primero se atiende al paciente de Salud Pública, que no paga nada, y el retirado o pensionista de ochenta o noventa años queda tirado en el Hospital porque no hay ambulancia. Si ese es el convenio del Hospital Central, a nosotros, que vivimos a cuatrocientos kilómetros, no nos sirve.

Estas son las cosas por las que luchamos y, a veces, se nos hace muy duro. Recibimos una institución con más de $ 600.000 de deuda, con los equipos de hacer análisis -que nos costaron US$ 10.000- sin funcionar, parados. Eso está funcionando y hemos pagado en un año más del 50% de la deuda. Cuando estaba la Comisión anterior, yo no tenía problemas con la ambulancia, primero, porque pagábamos gasoil, segundo, porque hasta que compramos la nuestra se contrataba una particular y la pagaba la institución. Entonces, ahí estábamos salvados, sin cobrar nada al retirado, siempre dependiendo de la cuotita promedio de $ 150. Ayer, por ejemplo, firmé un carné nuevo con doce integrantes de un núcleo familiar; es decir, que cada uno no llega a pagar $ 15. Yo soy socio de una mutualista sin internación y pago $ 210 por los mismos servicios que brinda nuestra institución.

Si es como dijo el Director del Hospital, forzosamente tendremos que reparar esa camioneta o comprar una ambulancia. Después tenemos un gasto tremendo por traslados, porque a veces son cinco o seis al mes. Hay veces que no vienen tantos, sobre todo hoy en día, por lo que dije anteriormente: porque en primer lugar les corresponde a los pacientes de Salud Pública y, en segundo lugar, a los retirados.

Son las cosas que a nuestro modesto entender no funcionan bien, pese a nuestros esfuerzos y a que hemos hablado con mucha gente pidiendo una solución. Cuando compramos la camionetita intentamos conseguir aunque sea algunos vales de nafta. Si nos queremos borrar del Hospital Militar, no podemos, pero sí nos cobran y el servicio lo brindan acá. Si por lo menos el servicio en Melo fuera bueno, lo usaríamos, porque estamos a una cuadra de la Brigada de Caballería Nº 2, donde las policlínicas funcionan. Si el servicio fuera bueno, no tendríamos ochocientos socios, entre retirados y pensionistas. Además, para retirar medicamentos

del Hospital Militar hay que pagar $ 20. Como en general el retirado no los tiene, nos pide prestado o le conseguimos el remedio, que siempre va a ser más caro porque comprar por unidad no es lo mismo que hacerlo a nivel central.

Estas son, a grandes rasgos, las cosas que queríamos explicar.

SEÑOR TROBO.- Quisiera saber si, además del traslado de pacientes de Salud Pública, existe alguna otra dependencia y pueden realizar consultas allí. En caso afirmativo, quisiera saber si tienen dificultades y por qué siempre hay que hacer el traslado a Montevideo.

SEÑOR SÁNCHEZ.- Ocurre que la tecnología del Hospital Militar es muy superior a la del Hospital de Melo. Entonces, trasladamos a los retirados hasta prácticamente el último día de su vida. En el Hospital de Melo no se puede hacer nada por ellos, pero no podemos dejar que mueran allí. En la emergencia del Hospital Militar nos atienden, pero el problema es el traslado.

Hay casos de familias con doce integrantes que se atienden en la Asociación de Retirados de Melo. Esto no quiere decir que a todos les corresponda atenderse en el Hospital Militar, sino solo al retirado y a su señora. El resto debe atenderse en Salud Pública, pero nosotros brindamos esos servicios de otorrinolaringología, urología y otras especialidades.

SEÑOR CORREA.- A los hijos de los retirados les corresponde la atención en el Hospital Militar mientras son menores de edad. El problema es que muchas veces no tienen trabajo y viven con sus padres, inclusive estando casados y con hijos. Todos ellos van a la Asociación de Retirados de Melo.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Quién es el Jefe de Sanidad Militar en Melo?

SEÑOR SÁNCHEZ.- Es la doctora Mariela Anchén. Hemos hablado con ella sobre este problema, pero es difícil. A mi entender, si tuviéramos un pequeño apoyo podríamos brindar un mayor servicio, ya que en el barrio se atiende mucha gente que solicita médicos o enfermeros a domicilio. Lo fundamental es que se entienda lo que nosotros hacemos.

También brindamos una serie de beneficios. Hay un retirado de 76 años que es ciclista, a quien apoyamos con el equipo y las vitaminas. Para nosotros es un orgullo que un retirado de esa edad corra en una categoría en Melo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Conocemos bastante la situación de los militares retirados en el interior del país. Salud Pública tiene un convenio con Sanidad Militar, parecido al de Sanidad Policial. Es evidente que la asistencia a los militares y a los retirados militares en el interior no es la misma que en Montevideo. Ese convenio ha pasado por diferentes etapas. En una época era a través de Salud Pública y en otra por medio de contraprestaciones. Existe una cuenta corriente cuya cifra histórica depende de con quién se hable.

No tenemos autoridad como para resolver este problema, pero nos comprometemos a transmitir esta preocupación ante quien corresponda.

SEÑOR SÁNCHEZ.- Nosotros les agradecemos por habernos recibido y estamos a las órdenes.

(Se retira de Sala la delegación de Centro de Personal Subalterno Retirado de las Fuerzas Armadas de Melo)

(Ingresa a Sala una delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el agrado de recibir a una delegación del Sindicato Médico del Uruguay integrada por su Presidente, el doctor Alfredo Toledo, el Asesor escribano Julio Llorente, la doctora Alicia Dalgalarrondo y los doctores Álvaro Ginzo, Leonel Braica y Darío Picerno, quienes nos honran con su presencia.

Con mucho gusto, les cedemos la palabra.

SEÑOR TOLEDO.- Agradecemos a la Comisión por habernos recibido. Voy a hacer una introducción al tema y después los doctores Picerno y Ginzo y algún otro integrante de la delegación van a centrarse en el tema. Hacemos estas puntualizaciones siempre en el entendido de que el Sindicato Médico del Uruguay está realizando aportes y complementando elementos que a nuestro entender están faltando o han sido olvidados en la confección de este nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

En ese sentido, hoy nos trae aquí una preocupación que teníamos hace mucho tiempo: la situación de la atención de emergencia, lo que se llama las emergencias móviles, que se da en todo el país. Tendrán más detalles cuando los compañeros hagan sus exposiciones.

Nosotros resaltamos la importancia que han tenido para la asistencia en nuestro país los sistemas de emergencia médica móvil, tanto para la emergencia-urgencia como al haber constituido una red de primer nivel de atención que ha permitido a los uruguayos acceder muy rápidamente y tocar al sistema de salud con una facilidad que ha sido muy destacada. Por otro lado, queremos resaltar la gran receptividad y aceptación que han tenido los servicios de emergencia móvil así como el respeto que tienen por toda la población.

Basado en estas dos situaciones, sin dejar de lado el hecho de que más de 5.000 funcionarios, personal médico y no médico, trabajan actualmente en este sistema, lo que acabamos de expresar es lo que nos ha traído aquí para ver si podemos tener un espacio en las próximas discusiones que se estarán dando sobre la conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud, espacio que hasta este momento no hemos tenido.

SEÑOR PICERNO.- Buenas tardes a todos. En primer lugar, deseo agradecer el tiempo que nos brindan y la recepción de que hemos sido objeto.

Hace casi catorce años que trabajo en una emergencia móvil y hace más de veinticinco años que estos servicios están presentes en Uruguay. Comenzaron en Montevideo y se extendieron a todo el país, y hoy hay más de 50 empresas que cubren este tipo de asistencia. En la capital están las más antiguas y tradicionales como UCM, SEMM, SUAT, 1727 y Emergencia Uno en el sector privado, mientras que el sector público está cubierto por el Servicio de Asistencia Externa de Salud Pública, al que tiene acceso la población que no cuenta con la asistencia del sector privado. En el interior hay empresas en todos los departamentos, algunas integradas a FEMI y otras de carácter independiente.

Este sector abarca una cobertura de más de un millón de personas a nivel privado, a la que se suma el sector público de Montevideo, cubierto por el SAE. Esto significa que el 100% de los habitantes de Montevideo tiene acceso a estos servicios. La cobertura se da por afiliación personal o por afiliaciones colectivas, afiliaciones o zonas protegidas y convenios con Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, en algunos casos, cubriendo los servicios en forma parcial, en ciertos horarios, y en otros casos, de manera permanente. Asimismo, cabe destacar que muchas de las empresas cumplen con un servicio público en forma absolutamente gratuita cubriendo ciertos eventos. En el caso de Montevideo, cubren los incidentes en la vía pública, en forma coordinada con el Servicio 911; también participan del plan de catástrofes, en la cobertura de rutas y en la atención de distintos eventos como visitas de personalidades.

Esto se traduce en un millón ochocientas mil asistencias a nivel privado por año, es decir, cinco mil asistencias por día, y nos da una idea de la jerarquía que tiene este sector, que durante los últimos veinticinco años ha ocupado un lugar muy importante en lo que podemos llamar el primer nivel de atención. En este sentido, cabe destacar algo singular, y es que el 90% de los casos se solucionan en domicilio, es decir, no son derivados en forma inmediata a ninguna otra institución.

Eso tiene dos puntos a destacar. En primer lugar, se debe a una particularidad del sistema uruguayo, porque tanto en lo que respecta a la cabina, donde se recibe el llamado, como a la asistencia, se cuenta con médicos especializados. A diferencia de otros países, todos los móviles que van a asistir en toda la República cuentan con un médico que está capacitado para esa tarea. Es lo que permite que las asistencias sean resueltas, en su gran mayoría, en el lugar requerido.

Además, esto significa una importante descarga para el resto del sistema. Tanto el sector privado como el público evitan un montón de consultas, ya que antes de llegar a la consulta hospitalaria o en la mutualista,

sobre todo a los sistemas de puerta de emergencia, los casos se resuelven previamente. Creo que este invierno ha sido un buen ejemplo de cómo se puede saturar el sistema y de la contribución que tiene este tipo de servicio a la asistencia de la población.

El tipo de asistencia es variable. Comienza desde el momento en que se clasifican los llamados, porque todos estos servicios cuentan con algún sistema de cabina o de clasificación donde también están los médicos. Allí se realiza el primer acto de asistencia y también se resuelve un buen porcentaje de los llamados derivándolos o simplemente resolviendo consultas. En el sitio se asisten emergencias y urgencias y otros llamados no diferibles. En realidad, las emergencias y las urgencias constituyen menos del 15% de las asistencias y las consideramos con una definición desde el punto de vista médico. Se ha conversado mucho sobre la definición de emergencia o de urgencia para incluirla o no dentro de la asistencia que va a brindar el sistema. Hay una definición médica que es indiscutible, que podríamos decir que es de patologías, pero nosotros debemos guiarnos por una realidad asistencial de este sector. Si desde el punto de vista médico las emergencias constituyen del 1% al 5%, las emergencias y las urgencias constituyen no más del 15%. Queda un 85% de asistencias, que podemos catalogar como primer nivel de atención, pero que la población las vive como asistencias no diferibles. La realidad hoy, más allá de entrar en las causas por las cuales esto sucedió o se gestó a través de estos veinticinco años, es que la población, tanto de Montevideo como del interior, vive este tipo de asistencia -en un plazo mayor o menor, pero que podríamos decir no más allá de veinticuatro horas- como no diferible y, por lo tanto, son abarcadas también por este sistema.

También se realizan traslados especializados; como dijimos, hay convenios con algunas mutualistas y se realizan otro tipo de asistencias. Asimismo, con los años se han ido complementando algunas empresas y otras asistencias como, por ejemplo, consultas a especialistas o servicios odontológicos.

Queremos destacar que estas cifras son pos asistencia. Estamos diciendo que solamente el 15% corresponden a urgencias y asistencias, pero clasificado con posterioridad a la asistencia. Y ahí volvemos a destacar el papel del médico que está en este servicio. Los médicos capacitados, ya sea antes del llamado o con posterioridad a este, resuelven en forma adecuada esta situación.

El segundo hecho a destacar con respecto a este millón ochocientas mil asistencias es el nivel de satisfacción del usuario, que ya fue destacado por el doctor Toledo y es una realidad. La Cámara de Emergencias Móviles encargó una encuesta a Equipos Mori, de la que se desprende que en Montevideo hay un nivel de satisfacción importante. Sin ir más lejos, muchos de ustedes deben de ser usuarios de estos servicios y deben conocer sus bondades.

En cuanto a los recursos humanos -destaco lo mencionado por el doctor Toledo-, hay más de cinco mil funcionarios y sus familias en todo el país que dependen de este trabajo. En Montevideo, si bien no tenemos cifras exactas, hay mil setecientos médicos involucrados en estos servicios. La formación de estos médicos es variable; no hay una formación específica, -han venido de distintas ramas de la medicina- pero es acorde al nivel de atención que se ha debido desarrollar en cada lugar. También queremos destacar que esta atención es reconocida, inclusive, en el exterior ya que está muy por encima de la que se realiza en la región. Por ese motivo se ha llegado a llamar desde el exterior a médicos que realizan esta actividad, los cuales han emigrado a Europa.

Asimismo, se trata de un trabajo de riesgo debido a que las condiciones en que se realiza, ya sea en la calle o en el domicilio de los usuarios, no son las adecuadas. Esta asistencia se realiza fuera de la protección que tiene cualquiera de nosotros que trabaja en la emergencia de una mutualista, que cuenta con el apoyo de la institución y su infraestructura. Además, los tiempos asistenciales son muy acotados; más allá de la emergencia de la patología se trabaja con celeridad para poder brindar el servicio. Esto hace que el trabajo sea muy especial para este sector de médicos.

Ahora voy a referirme a las modalidades laborales y a la realidad salarial de los médicos que trabajan en este sector. Las modalidades de relacionamiento laboral con las empresas son muy variadas. Lo único que queremos destacar es que este sector tiene un importante nivel de trabajo tercerizado; en algunas empresas llega a un 50% más, tanto en la parte médica como no médica.

Con respecto a la remuneración, actualmente no existe un laudo para los médicos que trabajan en este sector; dentro de los Consejos de Salarios no existe la categoría "médico de emergencia móvil", lo cual se está

negociando. Esto hace que la realidad laboral salarial sea muy variable en todo el país y en Montevideo, inclusive, dentro de cada empresa.

Decimos esto para destacar la importancia de este sector y el lugar que hoy ocupa en la asistencia de la población. Más allá de que discutamos las causas por las que se llegó a esta situación, esto que se vive es una realidad que está arraigada a la cultura asistencial de la población.

Por otra parte, queremos referirnos a la integración al Sistema Nacional Integrado de Salud -que planteó el doctor Toledo- de este sector tan importante. Como trabajadores de las emergencias móviles e integrantes del Sindicato Médico del Uruguay, queremos decir que estamos de acuerdo con que debe haber un cambio profundo en el sistema actual de salud y que debemos ir hacia otro en el cual la asistencia sea universal, integral, equitativa, continua y de calidad. Nosotros, dentro del Sindicato Médico del Uruguay, integramos la Comisión de Emergencias Móviles. Los trabajadores de estas emergencias estamos nucleados y hace dos años que venimos trabajando en esto. Tenemos definido -lo hemos planteado en documentos e, inclusive, al Ministerio de Salud Pública- que apoyamos la transformación del sistema de salud y que queremos integrar ese nuevo sistema progresivamente, no solo por nosotros sino por lo referente a la asistencia de la población.

En ese sentido, cuando se invitó al SMU a participar de los ámbitos en los que se iba a discutir este tema, concurrimos. Pero, lamentablemente, solo se redujo a un ámbito, que fue los Consejos Consultivos del Ministerio de Salud Pública que se realizaron en el año 2005. En esa oportunidad se creó un subgrupo específico para trabajar sobre el tema de las emergencias móviles, al que concurrimos delegados del SMU durante dos o tres meses. En dichas reuniones se plantearon muchos de estos tópicos pero no se llegó a una conclusión definitiva; solo se nos escuchó y no hubo ninguna repercusión posterior. Al año siguiente se realizaron otros Consejos Consultivos que no retomaron estos temas y, lamentablemente, a partir de ahí nosotros quedamos fuera de esta discusión y no hemos podido realizar nuestros aportes en casi ningún ámbito, más allá de que seguimos trabajando en este aspecto y tenemos una posición tomada acerca de esta integración.

Por lo tanto, los datos que tenemos acerca de cómo se van a integrar las emergencias móviles al Sistema Nacional Integrado de Salud son periodísticos, de trascendidos, de rumores, pero no de fuentes oficiales. Esto nos ha tocado profundamente y lo único que sabemos es que habrá tres o cuatro titulares; alguna vez nos dijeron que la cápita era indivisible y que iba a cubrir solamente las emergencias, pero últimamente se ha mencionado que la población solo podrá elegir entre tres emergencias por cada prestador integral. No sabemos más que eso, y una de nuestras mayores preocupaciones que nos motivó a venir aquí es, precisamente, recuperar ámbitos en los cuales obtener información sobre lo que se está elaborando y aportar nuestro punto de vista.

En ese sentido, queríamos esbozar algunos principios que nosotros pensamos deben formar parte de esa integración. En principio, creemos que este servicio, que está tan arraigado en la población y que ocupa un lugar tan importante en el primer nivel de atención, tiene que integrar el sistema teniendo en cuenta esa realidad. Creemos que la experiencia de más de veinticinco años, los recursos humanos capacitados, los recursos materiales, la relación con el resto de las instituciones tienen que ser aprovechados; no podemos quedar de lado del sistema y nos queremos integrar con el resto de modo de sumar y de no superponer. Queremos integrarnos realmente.

También somos conscientes -estamos de acuerdo- de que el sistema tiene que caminar hacia una asistencia primaria en salud. Eso, para todos los sectores pero particularmente para el nuestro, implica un recicle de los recursos humanos y materiales y una reorientación de estos servicios. Por supuesto, desde el punto de vista de la población, también implica una reeducación de la demanda. La población, más allá de por qué, está acostumbrada a hacer uso de estos servicios y ve determinadas asistencias como no diferibles; está acostumbrada a que eso funcione así. Por lo tanto, nosotros creemos que se debe reeducar en ese sentido y consideramos que estamos en el lugar privilegiado para llevar a cabo esa reeducación, porque somos los que vamos todos los días al domicilio de la gente y podemos reorientar la demanda. Nosotros nos sentimos obligados con esa transformación.

Como consecuencia de todo esto, también creemos que debemos evitar las pérdidas de las fuentes laborales. Creemos que este reciclaje y reorientación del servicio debe hacerse de una forma gradual e integrada que evite las pérdidas de puestos laborales por una decisión o un cambio brusco y que permita la readecuación de todos los recursos humanos. Esto lo digo con respecto a cómo debe ser el comienzo de la integración.

También creemos que esta integración debe hacerse con reglas claras, equitativas y duraderas, que tienen que emanar del Ministerio de Salud Pública, y que se deben cumplir las normas de calidad, contándose con una acreditación de los recursos materiales y humanos; tenemos preocupación en la Comisión en cuanto a la acreditación de los recursos humanos y, en particular, la de los médicos. Hay que establecer cuáles son los requisitos humanos para una correcta función y los requisitos materiales para brindar estos servicios.

Asimismo, solicitamos respeto de las normas laborales y, en especial, enfrentar el tema de la tercerización; respeto de los laudos y de otras normas públicas en materia salarial, y una gestión de las empresas de una forma responsable, cristalina y que tenga control de las autoridades.

Esto es en cuanto a lo que sabemos de la integración y en cuanto a lo que queremos de ella. Como sabemos muy poco de la situación a la que nos enfrentamos, destacamos que creemos que se corren riesgos frente a este cambio. El principal riesgo que realmente nos tiene preocupados es una posible crisis asistencial. Dado que estos servicios cubren un sector importante, que supera las urgencias y emergencias, un cambio brusco del sistema -como podría derivarse de algunos datos que tenemos- podría precipitar una crisis asistencial importante, al retraerse este tipo de servicios y al no poder ser sustituido rápidamente por otros efectores. Creemos que esto puede tener una repercusión muy negativa. No se puede reeducar la demanda de la población por una ley o un decreto, de un día para el otro. Así como fue un proceso el que generó esta situación, seguramente deberá ser un proceso el que la revierta o reoriente. Volvemos a decir que nosotros nos sentimos protagonistas de ese proceso.

El segundo riesgo que creemos que se corre -ya lo he expuesto- es la pérdida de puestos de trabajo. Si el nuevo sistema reduce, de alguna manera, la acción de estas empresas y genera una contracción de recursos humanos y materiales, indefectiblemente repercutirá en la cantidad de puestos de trabajo que, como dijimos, es de cinco mil, como mínimo. Si las emergencias quedan limitadas solo a las situaciones de urgencia y de emergencia, lo que hoy en día representa menos del 15% de las asistencias, evidentemente deberán retraer todos sus recursos, lo que repercutirá, sin duda, en la pérdida de muchos puestos de trabajo.

También consideramos que la situación en la que, aparentemente, quedarán las emergencias móviles con respecto al sistema va a exacerbar la competencia entre estas empresas, que ya existe, poniéndolas en una situación en la que por retracción de servicios o disminución de costos se tienda al deterioro de las relaciones laborales y salariales. Siempre decimos que el salario no debe ser la variable de ajuste de este sistema, en especial el salario médico -que no tiene laudo-, y a que la tercerización no debe ser la válvula de escape del sistema ante la necesidad de disminuir costos.

También creemos que de acuerdo con la posición en que puedan quedar estas empresas con respecto al financiamiento en seguro y, en especial, con la historia que tienen algunas de ellas en el relacionamiento con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, no se debe generar un desfinanciamiento por no pago; los controles tienen que ser muy importantes.

Si debemos resumir nuestra mayor preocupación, diremos que venimos acá representando a un sector que creemos que tiene una gran importancia -como mencionamos al inicio-, no solo desde el punto de vista de la asistencia a la población, sino también desde el punto de vista laboral, de fuentes de trabajo, que responde a una realidad que es innegable, puesto que está ampliamente arraigado en la cultura asistencial de la población, y que está basado en un trabajo médico calificado. Este sector tiene la intención de insertarse, integrarse en el nuevo sistema, pero lamentablemente ha encontrado pocos ámbitos en los que volcar su opinión. Ese es el principal planteo que hacemos acá: la apertura de ámbitos en los cuales se pueda seguir discutiendo la integración de las móviles en el sistema y en el que podamos aportar todo lo que nosotros vemos en nuestra experiencia de muchos años en este campo. Creemos que no se puede realizar esa integración sin la participación de todos sus principales actores. Lamentablemente, hemos quedado ajenos -hasta ahora, parece que es así- a todo lo que ha sucedido.

También queremos plantear que existe un riesgo cierto de que el cambio genere una crisis asistencial, repercutiendo en la asistencia a la población -es nuestra principal preocupación-, lo que de alguna manera puede ensombrecer la visión que esta tenga del nuevo sistema o de la reforma.

Asimismo, se corre el riesgo del deterioro de las relaciones salariales y laborales, y de la pérdida de puestos de trabajo.

SEÑOR GINZO.- Hemos concurrido a esta Comisión en varias oportunidades y siempre traemos una historia previa. En esta ocasión, venimos a plantear el problema del esfuerzo de participación que hicimos desde el Sindicato Médico del Uruguay y que en otros ámbitos no fuimos escuchados, en un problema que tiene un sector de una gran magnitud, como fue expresado. Quiero recalcar algunos aspectos, a riesgo de ser aburrido por repetirlos.

El número de cargos médicos en las emergencias móviles de Montevideo es de mil seiscientos. A esa cifra hay que relacionar cargos que están vinculados directamente con la asistencia, como los de enfermería y choferes, y otros más lejanos, como los de administración y de apoyo. Quiere decir que este es un problema de más de cinco mil personas que tienen puestos de trabajo.

Este es un problema que también llega a los usuarios; en Montevideo, aproximadamente hay quinientos mil usuarios de las emergencias móviles. Además, brinda más de cinco mil servicios asistenciales por día; el 90% de la atención se brinda a domicilio, y brinda servicios de alta resolución y de alta calidad técnica, con alta satisfacción del usuario. A veces, uno ve solo lo técnico y no percibe cuál es el grado de aceptación con que el usuario recibe el servicio.

Creo que en la reforma hay un problema: no contempla más que las emergencias. Para este tipo de servicios, las emergencias representan el 15%, previo a lo que se llama "el prellamado"; seguramente, en pos consulta ese porcentaje es menor. Quiere decir que, según la ley, habría una retracción.

Creo que aquí hay un problema asociado: la oportunidad que se pierde de utilizar una red de policlínicas, emergencias móviles que ya están funcionando y una red asistencial que ya está funcionando, con recursos humanos que ya están entrenados en eso. Aparentemente, se está perdiendo eso, no está siendo considerado o lo va a tener que brindar otro.

Lo que traté de pensar, cuando leí el proyecto de ley, es que si hoy entrara en vigencia esa ley, ¿cómo podría continentar el resto del sistema los cinco mil servicios médicos que se brindan por día? ¿Dónde iría la gente a consultar? A mí me dio la sensación de que la mayoría de nosotros seguiríamos pagando la emergencia móvil por fuera de lo que se me descontara para el seguro de salud, que sería "integral", entre comillas. Yo tendría un doble aporte: el que haría por lo que se me quitaría para el seguro de salud, más lo que yo me pagaría por fuera para mí, para mis hijos, para todos mis dependientes a fin de cubrir lo que el sistema no va a poder hacer.

Como dijo el doctor Picerno, porque haya una ley, un decreto o una reforma constitucional, los cinco mil servicios que se brindan por día en Montevideo no se van a poder cubrir instantáneamente. Si ya hay una red instalada funcionando bien, deberíamos aprovecharla.

Más allá de que se piense que el Sindicato Médico defiende solo los cargos de los médicos -hecho que es verdad-, el nivel de atención al usuario en el estatuto del Sindicato Médico está contemplado, y es una preocupación. Nosotros reivindicamos un ámbito -que no tuvimos anteriormente a pesar del esfuerzo- para discutir estos temas. Si ustedes leen el proyecto de ley con atención, lo que planteamos es lógico. Hay que ver cómo hacemos. Debemos aprovechar las oportunidades que brinda una reforma, y eso no es estar en contra.

SEÑOR PRESIDENTE.- En esas reuniones que mantuvieron en los Consejos Consultivos ¿cuál era el sistema para clasificar las emergencias y las urgencias en la post reforma?

SEÑOR PICERNO.- No quedó para nada claro; en realidad, casi no se trató el tema. Solo se esbozaron los principales problemas que podrían surgir, y esto es clave en la asistencia.

Hoy existen veinticinco años de experiencia en cabinas de coordinación de los servicios de emergencias móviles que hacen un trabajo especializado de clasificación de los llamados, y aún así eso puede tener su margen de error. No sabemos cómo se va a sustituir eso; no sabemos quién lo va a hacer en cada circunstancia. Cuando estas empresas tengan contratos o vínculos con los distintos prestadores integrales, no sabemos quién se va a encargar de ello ni cómo va a seguir funcionando. Entre otras cosas, eso puede generar un caos asistencial muy importante de un día para otro.

Quiero remarcar lo que dijo el doctor Ginzo con respecto a que la preocupación por los puestos de trabajo existe, pero aquí hay un tema asistencial crucial que a veces se puede perder por preocupaciones económicas o por las dificultades de estructurar una reforma. Estas dificultades pueden hacer perder de vista la importancia de un cambio asistencial que quienes estamos en la calle todo el día podemos intuirlo. Creo que el problema asistencial que se puede generar -si de alguna manera nos integran- no ha sido valorado en su justa dimensión. Como escuché del economista Olesker en los Consejos Consultivos, la idea no es crear nada nuevo ni eliminar nada, sino integrar lo que ya existe. Parece que al integrar lo que hay, hemos quedado un poco de costado, ocupando una situación muy importante en la asistencia.

De todos modos, no se llegó en ningún momento a saber cuál era la definición de emergencia y de urgencia para el sistema; no hablo de la definición médica, que está clara.

SEÑOR ASQUETA SÓÑORA.- Quiero dejar algún elemento para reflexionar.

Creo que la ponencia del Sindicato Médico -hemos recibido muchas veces a algunos de sus directivos y siempre nos enriquecemos con su aporte-, junto con la exposición de los representantes de los médicos de las emergencias móviles, deja una reflexión. Me refiero a que esta ponencia se hace en esta Comisión porque está en discusión el proceso legislativo que atañe a la reforma de la salud. Probablemente, esta Comisión no discuta el tema en este momento porque el proyecto de ley por el que se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud se encuentra en el Senado. Pero es un buen momento para la reflexión porque ese proyecto ya fue aprobado por la Comisión de Salud Pública del Senado en el mes de julio. Parece que se están puliendo algunos elementos para que salga lo mejor posible, y eso nos parece muy bien. Entre todos debemos tratar de construir el mejor sistema del futuro.

Cuando el proyecto llegue a esta Cámara -cumpliendo con un proceso bicameral- todos podremos tener una opinión. Por eso no está de más que se reflexione sobre este tema, que fue mencionado en un único artículo del proyecto, donde se trata la temática de las emergencias móviles. Eso se desprende de la interpretación literal del texto y lo pueden entender la mayoría de los médicos que formamos parte de esta Comisión que hemos trabajado muchísimos años en las emergencias.

Sin dudas, lo expuesto por los invitados servirá de insumo para la Comisión.

No estamos hablando de un tema que se gestionó mal, no decimos que la población está recibiendo un mal servicio y que como hay un bache debemos reformar ese aspecto, como ocurre por ejemplo en algunos sectores de ASSE. Me refiero a problemas en hospitales, que han sido agujeros negros en la medicina y que habrá que mejorar entre todos. Sin embargo, en este particular caso, hablamos de un servicio de salud que se brinda bien a través de muchas empresas que han sido bien gestionadas y que, tal vez, perciben el objetivo de llenar un vacío aunque ahora no importa discutir por qué se generó. En los años veinte, nadie podía pensar en un servicio de emergencias coronarias cuando no había otra cosa que el médico con su valijita yendo hasta la casa y en algunos casos internando al paciente y dejándolo en reposo, y nada más. Cuando actualmente vemos los tratamientos de emergencia que se realizan en las primeras dos o tres horas a un paciente de cuarenta años con una patología coronaria grave o a un accidentado salvando su vida, vemos la necesidad científica y tecnológica de las emergencias móviles.

En cuanto a los demás servicios que prestan estas empresas, se podría pensar que tal o cual prestación pueda ser un defecto de determinada institución que no la brinda. Indudablemente se puede discutir si algunos servicios que brindan las emergencias pueden ser suplantados por los servicios que podrían llegar a brindar los prestadores integrales. Pero es una realidad que de la noche a la mañana, si a la cero hora se aplicara la reforma, habría un caos porque nadie podría cubrir el 90% de los llamados que se realizan al día de hoy.

Es una realidad incontrastable, y aunque nosotros muchas veces no queremos legislar sobre situaciones hipotéticas y lo ideal -valga la redundancia- es legislar sobre también lo ideal, creo que si esa situación no se contempla, el remedio puede ser peor que la enfermedad, por lo menos en lo inmediato. Así que en este como en tantos otros procesos de esta reforma que se están discutiendo en lo legislativo, la difícil ingeniería será ver cómo se logra pasar de un sistema al otro, como se pretende hacer, pues se va a fundar un nuevo sistema de salud el cual, en este caso muy puntual, tendrá una enorme cantidad de trabajadores y, sobre todo, de usuarios que dependen de la existencia de este servicio para su correcta atención. Y eso hay que hacerlo de la

manera menos traumática y más constructiva posible. Hasta ahora no he dicho que sea bueno ni malo que exista; digo que es una realidad, y nos consta a todos los uruguayos que se gestiona y se brinda bien.

No sé qué va a emerger del Senado -que es soberano- y menos aún de esta Cámara porque el proyecto todavía no ha llegado, pero pienso que es bueno dejar planteada esta reflexión ahora con el fin de ir adelantando tiempo e ir sopesando algunos temas. Nos veríamos complacidos si algún elemento de estas muy modestísimas reflexiones puede servir como un grano de arena a lo que aún hoy se está procesando, antes de que se vote el proyecto de ley en el Senado.

SEÑOR VEGA LLANES.- Voy a ser muy breve y sincero.

Considero que el sistema de emergencia tiene enormes valores -seguramente ustedes lo destacaron- pero también tiene grandes problemas. El mercadeo que se ha hecho de la asistencia es algo absolutamente inadmisible si parte de médicos. La media hora, el osito con fiebre, ese tipo de cosas es insoportable, porque esa es una forma de trasladar el mercado a la asistencia y después a la gente le generamos una confusión "de la gran siete".

Entiendo que es absolutamente imprescindible que sean escuchados quienes trabajan en ese nivel, pero también aclaro que hay que ajustarse a una medicina que no es de mercado sino que es correcta, universal, equitativa, adecuada y en el momento, y no a una medicina que implique esas cuestiones de mercado que están en el juego de todo esto; es una realidad.

En la medida que estamos con el Sindicato Médico, me parece que es oportuno tener en cuenta que hay determinadas cosas que no son imprescindibles. Hace un tiempo recibimos a la Cámara de Emergencias Móviles y nos dijeron que estaban planificando mandar ginecólogos a domicilio. Desde el punto de vista médico, eso es insostenible como servicio a domicilio.

Creo que tienen todo el derecho del mundo de ser escuchados y, además, seguramente tienen la capacidad de haber participado durante muchos años en este trabajo para saber cuál es el rumbo que deben tomar.

Participamos de la preocupación de quién va a resolver qué es urgencia, qué es emergencia y qué se va a hacer con las que no sean ni urgencias ni emergencias, pero también participamos de la otra preocupación, porque esto es sostenible en un mercado que tiene las características del de hoy y no en uno distinto. Eventualmente podremos decir que quien quiera ginecólogo a domicilio, que lo pague, porque el sistema de salud no puede pagarlo. El problema es que hoy lo está pagando; hoy pensamos: "No importa, porque yo voy y pago mi cuota" pero, en realidad, todos pagamos el osito, la media hora y el sistema de ginecólogo a domicilio porque es plata que gasta todo el país en atender estas cosas y, de repente sin embargo, se nos mueren gurises porque no hay pediatras en determinado lugar. Habría que direccionar el dinero hacia los lugares que corresponda.

El día que llegue el proyecto a la Comisión los citaremos y conversaremos para ver cuál es su opinión y qué es lo que creen que debemos integrar, porque tenemos la idea de que todo el mundo debe ser escuchado, pero también debemos tener en cuenta el tema del mercado, que no va ayudar sino a complicar.

SEÑOR TOLEDO.- Compartimos lo que dice el señor Diputado Vega Llanes pero no es de recibo para el Sindicato Médico. Nuestro planteo fue por lo asistencial, por la fortaleza que tiene desde el punto de vista asistencial y por el valor que tienen los técnicos que trabajan allí. Creemos que ese tema no hay que dejarlo pasar cuando se hable con las empresas y con la autoridad sanitaria porque las empresas hacen lo que la autoridad sanitaria les permite hacer.

Por lo tanto, para nosotros no es de recibo pero lo compartimos totalmente.

SEÑOR GALLO CANTERA.- Quería hacer esa misma aclaración. Estamos conversando con el Sindicato Médico del Uruguay y con trabajadores de las emergencias móviles; sería distinta la posición que podríamos tener frente a la Cámara de Emergencias Móviles. Yo soy médico, actualmente trabajo en una emergencia móvil, trabajo desde hace quince años, fui fundador de una emergencia móvil y conozco bien cuál es la realidad. Comparto en su totalidad lo expresado por los médicos, que hicieron

una excelente descripción; solo discrepo en algunas muy pequeñas cosas: que el sistema no es igual en todos lados. En el interior hay inequidades muy importantes; trabaja cualquiera. Cualquiera va, compra una ambulancia, le pone cuatro cosas arriba y sale a vender seguros. Esa es la realidad que tenemos hoy en muchísimos lugares del interior; tal vez en Montevideo sea distinto en algún aspecto, pero vamos a ver todo el espectro.

Considero que lo que vienen a reivindicar es un espacio de diálogo, de aporte y creo que la Comisión trasladará la preocupación de ustedes a quien corresponda. Como decía el señor Diputado Asqueta Sóñora, el proyecto todavía no ha llegado a la Cámara; cuando lo tengamos en la Comisión, obviamente, lo vamos a participar y vamos a escuchar con mucha atención los aportes que se puedan hacer.

Por último, debo decir que estamos aventurando tragedias y cosas que podrían pasar hoy o mañana, y son temas que ni siquiera están laudados en mi fuerza política. Entonces, me parece que no es bueno aventurar tragedias de temas que todavía no han sido aprobados ni en una Cámara -solo han sido aprobados en una Comisión del Senado- y que están siendo motivo de discusión permanente.

SEÑOR GINZO.- No venimos a aventurar, y el señor Diputado Gallo Cantera lo sabe bien. Entiendo que el señor Diputado Gallo Cantera tenga que decir eso para que conste en la versión taquigráfica. No venimos a aventurar; a lo sumo, vinimos a avisar lo que nos parece; vinimos a poner una óptica. Lo que estamos buscando -como dijo el señor Diputado Gallo Cantera- es que se nos abran los ámbitos en los que no hemos logrado ser escuchados ni participar.

Llamativamente, estoy de acuerdo con el señor Diputado Vega Llanes y él lo sabe bien. Creemos que las cosas son como él dice, pero entendemos que hay que hablar con las Cámaras y con la autoridad, que es el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR TROBO.- En primer lugar, me parece que el aporte que ustedes hacen es muy importante, no solo desde el punto de vista gremial sino también profesional. Valoro mucho conocer, desde la perspectiva de ustedes, como médicos, la importancia del servicio que brindan.

Creo que cualquier reforma de la salud tiene que encararse con el propósito de que los que están bien atendidos sigan bien atendidos y los que están mal atendidos puedan atenderse bien. Creo es el principio de la especialización en la economía; es un principio que se aplica a la medicina perfectamente bien, por algo cada uno va haciendo lo que mejor puede hacer para lograr que todos puedan tener una mejor calidad de atención, y bajo esa dirección me parece que todos los aportes son muy importantes. Lo que ustedes han señalado y lo que señalan los empleadores -pero ustedes como trabajadores y, además, como profesionales- me preocupa porque hacen un aporte a la atención de la población que debe ser tenido en cuenta, porque la reforma de la salud no la tienen que hacer los médicos sino todos quienes se involucran en la salud, que somos todos: los médicos, los no médicos y, sobre todo, los usuarios.

Pero hay un millón y medio de personas que hoy tienen una emergencia de salud y que están a cargo de entidades que ustedes integran, en las que trabajan, las cuales han desarrollado una actividad que no desarrolla el sistema hospitalario o el sistema mutual; la gente se adhiere o se afilia a un sistema de respuesta inmediata en materia de atención médica, no solo porque se haga propaganda.

Me parece que en el análisis de todo este tema tenemos que tener en cuenta, responsablemente, todos los factores. Obviamente, el tema no está en discusión aquí, pero es tan importante que todos los aportes que podamos ir recibiendo previamente son realmente importantes, sobre todo para quienes no conocemos el tema. De esta forma, cuando tengamos que tomar la decisión lo haremos responsablemente.

SEÑOR PICERNO.- Cabe aclarar que nosotros venimos aquí como trabajadores médicos; no fuimos los que hicimos este sistema. Si bien muchas de estas empresas están gestionadas por médicos, en la Comisión de Emergencia Médica y desde el Sindicato Médico nos planteamos como principio que íbamos a ver este sector desde el punto de vista de los trabajadores

Comparto la visión del señor Diputado en cuanto a que muchas veces se ha dicho que este tipo de servicio prostituyó la demanda, y en cierto modo puede ser verdad. Hay múltiples causas que llevaron a esta

situación. La situación está y con solo decir que se gestó mal, no la solucionamos. Partimos de esta situación y lo que queremos es un cambio del sistema y poder participar. Por eso hablamos de un reciclaje de los recursos humanos. Seguramente, ninguno de nosotros quiere seguir dentro de veinte años subido a una ambulancia. Todos nosotros tenemos otra actividad y queremos participar de este sistema. Esto significa una reestructura del mismo.

Nuestra intención no fue plantear catástrofes sino que esto es fruto, precisamente, de la poca información que tenemos. Hay cosas que no están terminadas en este momento, pero si supiéramos cuál es la situación podríamos plantear esto con más tranquilidad. Estamos planteando riesgos y, dentro de ellos, el que más nos preocupa es el asistencial, porque no podemos cambiar por un sistema para que una parte de la población esté peor. Es una parte sustancial de la población.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos mucho todo lo que se ha expresado acá.

La ley a la que se hace referencia no ha llegado a la Cámara de Diputados. Cuando llegue, la Comisión de Salud de Diputados normalmente recibe los asesoramientos necesarios. Muchas de las dudas que tienen ustedes, o todas, las tenemos nosotros también, pero esperemos que se vayan despejando en el camino.

En esta Comisión no acostumbramos utilizar la visita de quienes concurren para generar un ámbito de debate entre nosotros.

(Se retira de Sala el Sindicato Médico del Uruguay)

(Ingresa a sala la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas)

——La Comisión de Salud y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas, integrada por las señoras Raquel Pons, Irma Mateos, Felisa Alonso y María Manuela Vázquez, y por los señores Héctor Morales, Cecilio Lugardo, Mario Trápani, Juan Cabrera, Carlos Boschi y Luis Rodríguez.

Les vamos a pedir que sean lo más precisos posible para poder continuar recibiendo a todas las delegaciones que nos solicitan entrevistas. Preferimos eso a tener que clasificarlas y recibir a algunas delegaciones sí y a otras no.

SEÑOR MORALES.- Soy el Secretario General de la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas del Uruguay adherida al PIT-CNT.

En primer lugar, queremos agradecer el rápido diligenciamiento de la solicitud que le hicimos a esta Comisión.

A modo de introducción queremos decir que somos una organización de jubilados que representa a no menos de setenta mil mujeres y hombres de este país, de acuerdo al resultado de la última elección para elegir Director del BPS -elecciones muy especiales de la cual no es el momento hablar-, que quizás habrán visto en la prensa en forma cuasi permanente, luchando por los viejos sueños de los forjadores de la riqueza de este país. En miles de casos nos jugamos por la defensa de la democracia de nuestro país, la misma que hoy permite que haya un sistema representativo.

Somos una organización que quizás puede caer antipática porque reclamamos lo que entendemos son los justos derechos de los viejos trabajadores de este país. Hay mucha gente en el ámbito político y social que está enojada con nosotros, porque pensaron que ante un nuevo Gobierno íbamos a cambiar los reclamos y el discurso que hacíamos. Esto no es así. Más allá de que los integrantes de nuestra Coordinadora pertenecen a distintos partidos políticos, en nuestra organización tenemos como norma dejar el color partidario del lado de afuera de la puerta y adentro tratamos de discutir y de luchar por los intereses de los viejos trabajadores.

Esto fue a modo de introducción.

¿Qué nos trae por acá? Desgraciadamente, los jubilados hemos sido en el pasado y somos en el presente olvidados -por no calificarlo de otra manera- por el sistema político. Digo olvidados porque cuando

reclamamos lo que nos parece justo se nos ha dicho antes y se nos dice ahora que hay que esperar que crezca la torta, que pase el tiempo, que los zapallos se acomoden en el carro. Nosotros, en aras de la felicidad de nuestro país, esperamos durante toda la vida; una vida pasamos esperando y la justicia no llegó cuando éramos trabajadores activos y tampoco hoy que somos trabajadores jubilados y pensionistas. Recalco lo de "pensionistas", porque los que eran titulares de esa jubilación han fallecido, inclusive con sus sueños hechos pedazos porque la justicia no ha llegado.

Se nos considera cuando se trata, por ejemplo, de poner impuestos. Como ustedes saben, los que ganamos un poco más de $ 8.000 ahora somos rentistas, pagamos impuesto a la renta. Tampoco tenemos ajustes jubilatorios. Hace pocos días, en una actitud de falta de respeto que no nos merecemos, se nos otorgó un 2%, que en la mayoría de los casos significa $ 40, $ 50, $ 60 de aumento, en medio de una ola de carestía que para nosotros no es una cuestión coyuntural, como dicen algunos actores políticos. A nosotros nos cuesta todos los días poder desayunar, almorzar, cenar, comprar medicamentos o vivir esta etapa tan hermosa de la vida, que a veces deja de serlo para convertirse en dolorosa.

Se nos dice que esperemos. Nosotros esperamos toda la vida y si tuviéramos tiempo lo seguiríamos haciendo, pero los señores Diputados podrán ver quiénes somos; podrán ver en nuestro rostro el paso de los años y que no tenemos mucho tiempo para esperar. Por lo tanto, las soluciones tienen que llegar ahora o no van a llegar, y nosotros consideramos que tenemos el mismo derecho que los que van a ser viejos dentro de diez, veinte o treinta años. Quizás, tengamos un poco más de derecho porque cuando se perdió la democracia en este país muchos de los que estamos acá nos jugamos y, desgraciadamente, algunos pagaron muy caro el haber luchado por su recuperación; no es mi caso, pero en esta delegación hay compañeros que pagaron con cárcel y exilio la pelea por recuperar la democracia

Entonces, partimos de la base de que no podemos esperar; no tenemos tiempo para esperar y no queremos hacerlo. Creemos que la justicia para nosotros tiene que hacerse ahora. El país hoy está en situación de ser justos con nosotros.

Vivimos en un país maravilloso. Todos los gobiernos se quejan de que el anterior dejó el país en escombros, hecho pedazos. Nosotros no vamos a entrar a discutir eso; pero sí sabemos que vivimos en un país que tiene un poder de recuperación tremendo, tanto que hemos sido capaces de generar, en poco más de dos años, más de US$ 3.000:000.000 para pagar los intereses de una deuda con la cual los viejos trabajadores de este país tenemos poco que ver.

Por si fueran pocas las cosas que nos pasan, ahora somos parte de un plan integrado de salud, que no viene a resolver ese derecho humano fundamental de la especie. A la inmensa mayoría de los jubilados los va a dejar en la misma situación que estaba y a los más pobres, a los que ganan hasta $ 4.259, se los utiliza para subsidiar un perverso sistema mutual que no atiende ni va a atender la salud de los viejos de este país.

En la actualidad hay 130.000 jubilados "potenciales beneficiarios" -entre comillas- del sistema mutual. Nosotros, los jubilados -no lo paga el BPS ni el Gobierno-, les pagamos la mutualista a los que ganan menos, es decir, a esos 130.000 "potenciales beneficiarios", de los cuales únicamente 49.000 han hecho la opción de ir al sistema mutual y de ellos solo utilizan la mutualista en forma muy parcial alrededor de 10.000 jubilados. El resto tiene el recibo en la mesa de luz por si deben internarse o hacerse una intervención quirúrgica de apuro, porque no le sirve para más nada. ¿Por qué? Porque el sistema mutual tiene copagos y la situación económica de la inmensa mayoría de los jubilados y pensionistas no les permite hacerles frente. Por lo tanto, los pocos que se atienden en el sistema mutual lo hacen en forma muy parcial.

Por razones biológicas, a nuestra edad nosotros vamos muchas veces al médico y consumimos varios medicamentos al mes. Eso no es salud; vamos cuando estamos enfermos. Pensamos que la salud es el bienestar del cuerpo y del alma, en un equilibrio armónico -seguramente los médicos saben mucho más que yo de esto-; pero vamos a visitarlos no para prevenir la salud sino cuando estamos realmente enfermos. Entonces, nos diagnostica, nos plantea tratamientos especiales, estudios y medicamentos, a los cuales en la mayoría de los casos no podemos acceder. Se los digo yo, que soy un privilegiado que gana $ 11.000. Imagínense lo que ocurre con esos compañeros que ganan hasta $ 4.259, a los que nosotros les pagamos la mutualista: no se pueden atender. Por ese servicio que no atiende la salud de la gente, con nuestra plata el BPS le paga $ 900 al sistema mutual por cada recibo. Ese recibo trae como beneficios aleatorios una orden de consultorio y el 20% de dos tickets para medicamentos, que anda por los $ 120. Los pensionistas no existen en este caso, no tienen mutualista; parecería que no fueran seres humanos y que cuando vivía el titular de esa

pensión no hubiese aportado. Los viejos no son tontos; no se vive toda una vida para caer en las garras del mercado cuando es tan inhóspito para nosotros, como lo es en este caso el sistema mutual. Reitero que de los 130.0000 "potenciales jubilados" que podrían usufructuar la mutualista a través del BPS, solamente 49.000 lo hacen. No sabemos qué pasa con el resto del dinero que aportamos; se dice que el Estado tiene que poner. Realmente, a las cuentas nunca las vimos ni en este Directorio ni en los anteriores, y creo que eso debería tomar estado público para ser transparentes.

Por otra parte, el resto de los jubilados y pensionistas vamos a Salud Pública o nos pagamos la mutualista -los que podemos- con un gran sacrificio. Pero los que se pagan la mutualista con un gran sacrificio también atienden su salud en forma muy parcial, porque la canasta básica familiar está situada en $ 32.000 y no es verdad que los viejos gastan menos; al contrario, gastamos mucho más ya que tenemos que alimentarnos mejor, abrigarnos mejor, cuidar nuestra salud y, a veces, ayudar a un hijo o a un nieto. Entonces, los que nos podemos pagar la mutualista tampoco tenemos ningún servicio de salud que nos permita gozar del bienestar del cuerpo en equilibrio con el alma.

En cuanto a la atención en Salud Pública -por esta Comisión desfilarán cientos de ciudadanos a contar las peripecias que padecen-, desde tiempos inmemoriales cuenta con presupuestos totalmente insuficientes y hoy tiene que atender una demanda cada vez más grande porque la gente sale del sistema privado y se va al público.

Tenemos que destacar que, más allá del tremendo déficit, gracias al heroísmo de los trabajadores de Salud Pública -profesionales, técnicos y personal de servicio-, a la corta o a la larga, la salud de los usuarios se atiende y aun sin dinero. Pero en las mutualistas, si uno no tiene plata en el bolsillo, no se atiende la salud. El requisito "sine qua non" es llevar dinero en el bolsillo para los copagos; si no hay dinero, no se atiende.

Hoy se dice que se trae una solución a través del sistema integrado de salud. Nosotros reivindicamos -como siempre lo hicimos con los Gobiernos anteriores; no podemos cambiar hoy el discurso- un sistema único nacional de salud. Creemos que es la única garantía de una salud igualitaria para toda la ciudadanía y para que los viejos trabajadores de este país podamos atender nuestra salud en forma adecuada.

Hoy se utiliza a los 80.000 que quedan fuera del sistema privado -que eran parte de los 130.000 potenciales- y se les dice: "Vénganse al sistema mutual; el nuevo sistema integrado de salud los ampara", y se hace un convenio del cual no formamos parte y lo rechazamos categóricamente. El Banco de Previsión Social y la Cámara Mutual -entre otras organizaciones- hacen un arreglo para que a todos aquellos que se integren ahora al sistema mutual se le agregue, además de ese 20% de los dos tiques para medicamentos y la orden para consultorio, una orden de urgencia y una para domicilio, dos hemogramas y una radiografía al año

Pedimos a los señores legisladores, con el mayor de los respetos pero con total firmeza, que se imaginen a cualquiera de nosotros con esa miseria de plus que nos dan en este sistema integrado. Nosotros vamos muchas veces al médico, llamamos muchas veces al médico a domicilio. Por ejemplo, yo soy diabético y tengo que hacerme cada dos meses un análisis de sangre completo. En cuanto a las radiografías, los viejos se las tienen que sacar en ocasiones varias veces al año, debido a que se caen, se golpean o los lastiman, y les van a dar dos hemogramas y dos radiografías al año. Hay otros estudios que nos hacemos los viejos con regularidad, como centellogramas, tomografías y resonancias magnéticas, y de eso no se habla ni una palabra. Esos estudios son muy caros y hay que pagarlos al contado.

El resto va a seguir como estaba. Los que estábamos en la mutualista pagándola de nuestro propio bolsillo, vamos a seguir en las mismas condiciones: con los copagos que no podemos afrontar, y los que van a Salud Pública, seguirán con la demora de siete u ocho meses para conseguir un especialista, padecerán el no contar con tal o cual medicamento porque la farmacia de Salud Pública desgraciadamente no lo tiene, ya que la demanda es cada vez más grande y no puede atenderla con el insuficiente presupuesto que tiene, que a esta altura ya es endémico. A cambio, por esa miseria que se agrega, van a dar al sistema mutual perverso, que no atiende ni va a atender la salud de la gente, entre $ 1.800 y $ 2.400 por mes. Nosotros decimos: ¿a quién se quiere beneficiar? ¿Al jubilado? El pensionista no existe, parece que no es un ser humano. Entonces, ¿vamos a beneficiar a 130.000 jubilados? No señor, vamos a seguir en las mismas o en peores condiciones, porque esos 80.000 ya se estaban atendiendo en Salud Pública y más allá o más acá su salud era atendida. Reitero que los viejos no son tontos y, por suerte, también lo demostraron en esta oportunidad, pues de los 80.000 potenciales que había para afiliarse a este nuevo sistema, solo aproximadamente 1.000 lo han hecho hasta el momento. Realmente, no hay una solución para la salud de los viejos de este país.

Nosotros sabemos que el camino de la salud de los uruguayos viene, en estos momentos, por el lado del sistema integrado de salud. No renunciamos al reclamo de un sistema único y nacional, pero tampoco somos tontos y nos damos cuenta de que no podemos dejar al aire libre a miles y miles de viejos de este país, por razones de principios. Entonces, tenemos una propuesta, que hicimos al Ministerio de Salud Pública, y el señor Daniel Olesker nos dijo que solicitáramos una entrevista a las Comisiones respectivas del Parlamento a los efectos de hacérsela conocer. A continuación voy a dar lectura a lo que presentamos, ya que los va a ilustrar mejor.

Se titula: "Proyecto de prestación de servicios sanitarios para jubilados y pensionistas".- Nosotros incluimos a los pensionistas, porque también son seres humanos. "Pago a través del B.P.S. de recibo mutual o de carnet de asistencia gratuita a través del M.S.P. para todos los jubilados y pensionistas con pasividades de hasta 10 Bases de Prestación Contributivas". Estamos hablando de media canasta básica familiar; estamos hablando de $ 16.360. Ahora la prestación alcanza hasta los que ganan $ 4.259 y nosotros recordamos que la canasta básica familiar está en los $ 32.000; por lo tanto, entendemos que no es muy osado lo que pedimos. "A cambio del pago del recibo a las mutualistas o el pago al MSP por parte del BPS" -porque pedimos que el BPS le entregue al jubilado que se atiende en Salud Pública la cuota parte que a esta le corresponde, igual a la que le paga a la mutualista-, "estos servicios le otorgarán a esos afiliados una chequera anual con 36 órdenes que se podrán utilizar indistintamente para medicamentos o atención de medicina general o especialistas, en consultorio, policlínica, domicilio o urgencia, pagando los timbres correspondientes". ¿Por qué decimos esto? Porque en el nuevo sistema integrado los tiques que les dan son específicos para cada uno de los ítemes, por ejemplo, urgencia y domicilio. Nosotros pedimos que se puedan utilizar indistintamente y le damos la misma cantidad de órdenes, pero no es lo mismo que yo tenga tres órdenes por mes para urgencia, cuando, de repente yo preciso ir a consultorio seis veces al mes. Por eso pedimos que se puedan utilizar en forma indistinta y no le estamos pidiendo más de lo que otorgó la ley. "Una vez terminada la chequera los afiliados podrán acceder a los mismos servicios abonando un 50% de los valores que por esas mismas prestaciones se les cobran a los afiliados comunes". Yo soy beneficiario del convenio de COFE, como jubilado, fui uno de los firmantes, preví que la gente se jubilara y convencí a mis compañeros para que, en aquella oportunidad, pidiéramos, una vez que se terminaran esas chequeras, esos tiques que le dan, acceder con una bonificación de un 50% de descuento, porque la situación es la misma: $ 32.000 la canasta básica familiar y la inmensa mayoría de las jubilaciones no llega, ni siquiera a media canasta; es más, la inmensa mayoría no llega ni a la cuarta parte. "En caso de que los afiliados deban realizarse estudios de los llamados caros -topografías, resonancias, etc.- se les brindará a estos la posibilidad de pagar esos servicios, hasta en 5 cuotas". Ustedes saben que son muy caros esos servicios y que hay que pagarlos al contado. El jubilado no tiene dinero; por lo tanto no se los hace, y acá lo que interesa es que se los haga. Entonces, pedimos que se le dé la oportunidad de pagarlo hasta en cinco cuotas. Eso lo arregla el titular con la mutualista. "Estos beneficios serán intransferibles y en el caso de las chequeras deberán ser utilizadas en los 12 meses posteriores en que fueron otorgadas, perdiendo su valor si no fueran utilizadas en esos períodos". ¿Qué queremos? Que el jubilado y el pensionista se atiendan. Nosotros, que estamos todos los días entre personas mayores, sabemos que a veces con la vejez vienen los problemas, nos ponemos mimosos y un poco tacaños y queremos guardar y guardar. Entonces, queremos que se utilicen; si no fuera así, perderían su valor. "Para amortizar los costos de estos servicios, a los beneficiarios que perciban hasta 5 Bases de Prestación Contributiva, se les descontará de su recibo de pasividad, un 2% de su básico jubilatorio/ pensionario,". O sea que al que perciba hasta $ 8.000 y poco se le descontará un 2% de su básico jubilatorio, porque hoy el jubilado que es "beneficiario" -entre comillas; vuelvo a repetir-, paga un 2% y los que no tenemos ese servicio, pagamos, colaboramos con un 1%. Hablamos de básico jubilatorio/pensionario, porque también reclamamos el mismo derecho para los pensionistas. "a los beneficiarios que perciban entre 5 y 10 Bases de Prestación Contributiva, se les descontará un 3% de su básico jubilatorio/pensionario y a aquellos que no sean beneficiarios se les seguirá descontando por parte del BPS, el 1% de sus haberes jubilatorios/pensionarios". ¿Por qué? Porque no queremos romper esa cadena de solidaridad que tenemos los que no somos beneficiarios a través del BPS, y queremos que sean los compañeros que ganan más. Pero con eficiencia le ofrece el M.S.P. hoy, para pasar a un sistema perverso que al terminarse las escasas órdenes y esos dos 20% para tiques de Medicamentos, con lo magro de sus pasividades ni por asomo, podrán terminar de atender sus dolencias. Hay que tener en cuenta que las personas mayores van al médico de 4 a 6 veces promedialmente en el mes y consumen de 6 a 10 medicamentos por día, de los cuales repiten alguno de ellos.- Otro hecho fundamental a tener en cuenta, es que del resto de los Jubilados y Pensionistas que perciben hasta $ 7.500 tienen derecho al Carnet Gratuito del M.S.P. y que los que sobrepasan esa cantidad, algunos están afiliados a las mutualistas, atendiendo su salud en una forma muy parcial porque no pueden soportar el ritmo de los precios de tiques y órdenes, otros se atienden en los Hospitales de Salud Pública pagando aranceles en ocasiones tan altos, como el precio de ese

recibo mutual, que no pueden pagar y el resto simplemente, no atiende su salud, de ninguna forma.- Consecuencia: Mucha gente sufre graves enfermedades que si hubieran sido atendidas en tiempo y en forma, esas enfermedades no se habrían agravado, por otra parte mucha gente muere antes del tiempo que el destino le tenía marcado, por esas causas y en todas esas circunstancias, los gastos del Estado en salud, se ven abultadamente agrandados porque los costos en esas situaciones, son mucho más altos.- Esta propuesta que estamos haciendo, no es ninguna cosa nueva, el CASMU tiene un Convenio con ADEOM para los Jubilados y Pensionistas, mucho más ventajosos que la propuesta que estamos haciendo, con COFE, tiene un Convenio casi similar al de la propuesta que estamos haciendo y en lo económico en estas situaciones, a esa Mutualista, le va muy bien; en otro orden, La Española, tiene con nuestra Coordinadora de Jubilados y Pensionistas del Uruguay un Convenio para Jubilados que les otorga a estos, un 15% de Descuento en el Recibo Mutual, 12 Órdenes Anuales y un descuento del 50% cuando estas se terminan, además de no cobrar los Médicos a Domicilio y este Convenio, ya lleva 3 años.- Hasta ahora, los Convenios del Casmu con COFE y ADEOM siguen vigentes y nade hace presagiar que se vayan a rescindir, por otra parte, tampoco La Española ha manifestado su voluntad de terminar con el acuerdo que mantiene con nuestra Institución".

A veces nosotros nos ponemos duros en el planteo, pero esto no equivale a faltarle el respeto a ningún poder del Estado, a ninguna fuerza política. Nuestra intención es que este poder del Estado, el Parlamento Nacional, entienda que nuestra preocupación es lícita, válida y que tenemos la responsabilidad de hacerlo. Los poderes del Estado tienen la responsabilidad de escuchar las demandas de la ciudadanía, y cuando estas son justas, como en este caso, por encima de acuerdos partidarios, de disciplinas partidarias, nosotros entendemos que hay que atender los problemas de la gente.

Seguramente mi compañera Manuela Vázquez, que es una ex trabajadora de la salud, hoy jubilada, quiera agregar algo al planteo que acabamos de hacer.

SEÑORA VÁZQUEZ.- Soy jubilada de la salud privada.

Yo creo que lo que está haciendo este sistema es un gran salvataje a la mutualista. Por acá cerquita vi una pancarta colgada que dice: "500.000 niños van a ser atendidos". Yo les digo que si los niños no tienen plata, no los van a atender. Mi nieta tiene los derechos por el BPS y esta semana la médica la atendió y le mandó dos exámenes: uno le costo $ 195 y el otro $ 390; uno era un análisis de orina y el otro de materia fecal porque, aparentemente, podría tener parásitos... Si mi nuera no hubiese tenido ese dinero, a mi nieta no le hubieran hecho esos exámenes; sí la atendió la médica, pero reitero que sin dinero no se hubiese podido hacer los exámenes. Cuando mi nuera me comentó los precios que pagó por los exámenes médicos yo me preguntaba qué pasa con los niños que viven en los asentamientos. Esos quinientos mil niños que, según la pancarta van a ser atendidos, yo creo que deberían ser atendidos. Me pregunto qué va a pasar con esos gurises cuando deban hacerse exámenes y no tengan dinero para pagarlos.

Me he jubilado de la salud por enfermedad, y en el día de ayer en la televisión vi a un integrante del equipo económico de Astori que decía que a partir de ahora las personas que se jubilen seguirán teniendo su recibo mutual. Yo no tengo recibo mutual y he trabajado toda mi vida en la salud privada; cuando se desfinanció el Seguro de Salud lo primero que hicieron fue sacarnos el recibo mutual a los jubilados. Yo gano mucho para que el Banco de Previsión Social me dé recibo mutual, y gano mucho para que Salud Pública me atienda gratis, pero no me alcanza para pagarme un recibo mutual y a veces ni siquiera tengo dinero para pagarme la asistencia en Salud Pública, en el Hospital de Las Piedras que, a mi juicio, es el peor hospital que existe en este país. Para mí es el peor porque hay que pasar toda una noche para obtener un número; esa es la realidad preciosa que según los economistas estamos viviendo, pero esa no es la realidad que vivimos nosotros.

Pido disculpas a los señores Diputados porque creo que no tienen nada que ver con el asunto -si tienen que ver, es muy poco-, pero algunas cosas están mal. Para nosotros, los jubilados, es muy importante que esta propuesta, por lo menos, sea escuchada y considerada porque tenemos derecho a la salud de verdad, no a un derecho de mentira o a un recibo mutual sobre la mesa de luz, con el número que nos corresponde. Creo que esto es un salvataje heroico a las mutualistas; hace veinte años, por lo menos, que las mutualistas están muriéndose -el señor Diputado Vega Llanes lo sabe muy bien porque fue trabajador de la salud-, y esto les da oxígeno, sangre y vida; pagar $ 2.000 a las mutualistas por cada recibo mutual de jubilado es algo disparatado, sobre todo si tenemos en cuenta el tipo de atención que se está brindando a la gente.

Puedo decir que hoy estoy sentada en esta Comisión gracias a que en su momento una mutualista me salvó la vida, y sé que allí se atiende a la gente y se salvan vidas; no estoy hablando contra los trabajadores, sino contra la política que se está llevando adelante en este país por este tema específico, por otro temas también, pero en este asunto en particular que hoy nos convoca se está cometiendo una injusticia muy grave con los jubilados. Esto es desde hace tiempo, porque a mí me descuentan el 1% de mi jubilación, pero no tengo derecho a atenderme gratuitamente en Salud Pública, ni tengo derecho a una mutualista; sin embargo, reitero que desde que me jubilé, mes a mes, religiosamente, me descuentan el 1%. ¿Dónde me atiendo? Con el arancel de Salud Pública, en el Hospital de Las Piedras, cuando consigo un número, cuando puedo, después de encontrar a alguien que estuviera toda la noche frente a ese Hospital para obtener un número.

Por suerte, ahora en la Coordinadora tenemos una policlínica que nos asiste en lo mínimo que necesitamos; ahí vamos tirando, pero no es la solución.

Sabiendo que el señor Diputado Vega Llanes integra esta Comisión me voy mucho más tranquila de esta reunión, porque sé que nuestra realidad y la de las mutualistas las conoce muy bien.

SEÑOR MORALES.- La intervención de la compañera me hizo recordar algo que no está en el documento que dejamos a la Comisión. Se puede dar la situación de que haya afiliados tipo A) y afiliados tipo B) a las mutualistas. Ahora, con mil sacrificios yo estoy pagando $ 1.235 por mi cuota mutual, pero a los jubilados a los que les pagamos las mutualistas a través del Banco de Previsión Social pagarán, por recibo, entre $ 1.800 y $ 2.000 mensuales, es decir, mucho más de lo que yo estoy pagando. ¿Qué va a pasar? ¿Atenderán de una manera a quienes paguen entre $ 1.400 y $ 1.800 y de otra forma a aquellos que hoy pagan $ 1.235? ¿O acaso nos van a aumentar y equiparar?

Dejo planteada esta pregunta porque creo que eso fue un error involuntario de parte del Parlamento cuando votaba el proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- El proyecto de ley a que se hizo referencia aún no ha llegado a la Cámara de Representantes; está a consideración del Senado.

Lo que ustedes y otras delegaciones han expresado es información muy importante, que será evaluada en momentos de analizar dicha iniciativa.

SEÑOR MORALES.- Nos olvidamos de decir que en este sistema de salud no se habla nada de los laboratorios, dueños de la pelota, de la camiseta y de la sede. ¡No se habla absolutamente nada, y para nosotros eso también es terriblemente preocupante!

Finalmente, quisiera conocer los nombres de los señores Diputados que están presentes en el día de hoy.

SEÑOR PRESIDENTE.- Están presentes los señores Diputados Gallo Cantera, Vega Llanes, Sunes, Trobo, y quien habla, Olano Llano.

Agradecemos la presencia de los integrantes de la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas.

(Se retira de Sala la delegación de la Coordinadora de Jubilados y Pensionistas)

(Ingresan a Sala representantes de un grupo de docentes de Educación Primaria)

——La Comisión recibe a un grupo de docentes de Educación Primaria, integrado por las señoras Mary Caraballo y María Elena Obispo.

SEÑORA OBISPO.- Asistimos en nombre de un grupo de docentes de Educación Primaria y somos esposas de funcionarios militares y policiales. Este grupo está integrado, aproximadamente, por cuarenta personas de todo el departamento; desde que se asignó la cuota mutual a todos los docentes del país nosotras fuimos excluidas y nos vamos arreglando como podemos. Ahora no sabemos qué va a pasar con nosotras ante la reforma de la salud. No sabemos si vamos a ser consideradas como

funcionarias públicas con un sueldo pasible de descuento, con la posibilidad de optar, o vamos a seguir de alguna manera presionadas a pertenecer a Sanidad Militar o Sanidad Policial.

SEÑOR VEGA LLANES.- Hay una ley que, inclusive, está promulgada -no sé su número- que autoriza o faculta al Poder Ejecutivo -y lo va a hacer cuando entre en vigencia la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud- a incluir a los docentes y maestros en el mismo sistema de ingreso al Fondo Nacional de Salud. En el caso de magisterio, es sin afectación del sueldo líquido que cobran, vale decir que se va a usar lo que se usa para la cuota mutual. No se discrimina si ya se tiene asistencia a través de Sanidad Militar o Sanidad Policial; o sea que estarían todos incluidos. ¿Cuándo se va a instrumentar? Suponemos que a partir de que comience a regir la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, que aparentemente será el 1º de enero. Ahí entrarían todos, no habría diferencias.

SEÑORA OBISPO.- Eso es lo que queríamos y se lo planteamos al señor Presidente de la Comisión, en Treinta y Tres, porque no solamente se trata de maestras sino también de funcionarias auxiliares, y no solo está comprendido magisterio sino también Secundaria y creo que formación docente.

SEÑOR VEGA LLANES.- No hay discriminación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo que ahora sucede a las esposas de los policías respecto a que tienen derecho a la cuota mutual pero la pierden...

SEÑOR VEGA LLANES.- Eso no va a pasar más.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿No va a pasar más a partir de que entre en vigencia la ley?

SEÑOR VEGA LLANES.- El Poder Ejecutivo, a partir de la promulgación de la ley del Fondo Nacional de Salud, está autorizado a ingresar al Fondo Nacional de Salud a los maestros y a los funcionarios no docentes de primaria, a los que se les paga la cuota mutual. Tiene que hacerlo sin afectación del salario líquido del último sueldo antes del ingreso al Fondo Nacional de Salud, y hay tres años de aporte de a 1% hasta el 2010 para llegar al 3%, que sería sobre la recuperación salarial y no sobre los aumentos de salario para cubrir la inflación que quedó para atrás.

En eso no hay discriminación: será para todos los docentes, porque es personal -me parece que lo que hizo es tremendamente injusto-, aunque se tenga derecho a otro sistema de asistencia. Los que no van a ingresar a este Sistema Nacional Integrado son Sanidad Policial y Sanidad Militar en primera instancia, pero quienes tienen un trabajo separado van a poder optar.

SEÑOR PRESIDENTE.- A modo de aclaración, la misma ley establece que se prohibe la doble cobertura.

SEÑOR VEGA LLANES.- Pierden la cobertura militar.

SEÑOR PRESIDENTE.- La razón por la que las esposas de militares y de policías...

SEÑOR VEGA LLANES.- Pero pueden optar.

SEÑOR PRESIDENTE.- pierden su derecho a la mutualista, es justamente por la prohibición que ya existe de la doble cobertura. Pero ahora el Ministerio decide que pierden la cobertura de la mutualista; o sea, el Estado decide por ellas y opta por Sanidad Policial. La ley, según dice el señor Diputado Vega Llanes, les permite elegir, como lo pueden hacer ahora.

SEÑOR VEGA LLANES.- Exacto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pero la misma ley dice que se prohibe la doble cobertura. Sanidad Policial y Sanidad Militar no van a quedar dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud -por ahora, como lo

acaba de decir el señor Diputado Vega Llanes-, pero como se prohibe la doble cobertura ¿dónde se establece que el Estado no va a optar, como sucede ahora, por Sanidad Policial?

SEÑOR VEGA LLANES.- Todo aquel que aporte va a tener derecho a elegir. En el momento en que el usuario realice el aporte va a elegir, que puede ser por alguna de cuarenta mutualistas distintas o por Salud Pública.

SEÑOR TROBO.- La ley no ha sido aprobada aún.

SEÑOR VEGA LLANES.- Pero la otra sí.

SEÑOR TROBO.- Pero en cuanto a la ley que determina el ingreso de todos como contribuyentes del sistema y, a su vez, beneficiarios, todavía no se conoce cuáles son los términos de las opciones porque en algún caso el Poder Ejecutivo se reserva la potestad de determinar cuándo se puede, o no, optar. Me estoy refiero al proyecto actual.

SEÑOR VEGA LLANES.- El Poder Ejecutivo se reserva el derecho de que quien no opte a los treinta días va a Salud Pública. Además, se ha hecho un cálculo con respecto a qué va a pasar con Sanidad Militar y Sanidad Policial, porque tenemos conciencia de que hay un montón de personas con doble cobertura; por ejemplo, hoy tienen derecho a Sanidad Militar, pero optan por otra forma de asistencia.

SEÑORA OBISPO.- Nosotras tenemos doble cobertura porque hacemos el esfuerzo y nos pagamos la mutualista, ya que en el interior del país quedamos libradas a un carné de asistencia de categoría A, con todas las inconveniencias que existen en Treinta y Tres y que el señor Presidente de la Comisión les puede explicar.

SEÑOR VEGA LLANES.- Es cierto, tiene razón.

SEÑORA CARABALLO.- Si pagamos la mutualista, en el Hospital no nos atienden. Ya, al pagarnos la mutualista, perdimos el derecho que teníamos por Sanidad Policial.

SEÑOR VEGA LLANES.- Es cierto.

SEÑORA CARABALLO.- Nuestra inquietud es si nos van a considerar por nuestro trabajo o como señora de Fulano.

SEÑOR VEGA LLANES.- Por su trabajo; es individual.

SEÑORA OBISPO.- Yo pregunté en el BPS y me dijeron que podría darse la situación de que nos descontaran y lo volcaran a Sanidad Militar o Sanidad Policial, sin el derecho a opción.

SEÑOR VEGA LLANES.- No, porque no integran el Sistema.

SEÑOR TROBO.- La verdad es que creo que a las señoras les vamos a aclarar muy poco con lo que hemos estado analizando, porque estamos interpretando una realidad que yo, por lo menos, no conozco en profundidad. Ellas plantean: "Yo tengo derecho porque mi esposo es militar o policía y tengo derecho porque soy maestra. Quiero poder optar entre ser beneficiaria como consecuencia de mi condición de esposa de militar o policía o bien afiliarme a una mutualista. En Treinta y Tres, para mí sería mejor afiliarme a la mutualista".

Entonces, en primer lugar, tendríamos que analizar la situación y conocer una opinión directa del PBS o de quien corresponda, y después, si es necesario, ayudarlas a corregir la situación; es decir, que realmente tengan ya la libertad de optar, porque hoy en día tienen un descuento.

SEÑOR VEGA LLANES.- No lo tienen.

SEÑOR TROBO.- No tienen un descuento pero deben pagarse una mutualista, porque, de repente, en Treinta y Tres, las prestaciones que da Sanidad Militar no son las mismas que en Montevideo.

SEÑORA OBISPO.- Efectivamente.

SEÑOR TROBO.- Seguramente esta situación se da en casi todos los departamentos del interior que tienen cierta lejanía de Montevideo. Tal vez en Canelones no suceda, pero en todos los demás departamentos hay beneficiarios de primera y beneficiarios de segunda, que son los cónyuges y los hijos del personal de Sanidad Policial.

SEÑORA CARABALLO.- En ese caso, la familia tiene mutualista.

SEÑOR TROBO.- Es un asunto a encarar.

SEÑORA OBISPO.- Los funcionarios militares tienen una muy buena atención de Salud Pública en la capital, pero en el interior quedamos todos librados a un carné de Categoría A, con todos los inconvenientes que conlleva, especialmente en Treinta y Tres, que es uno de los departamentos más carenciados.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hoy recibimos a cuatro delegaciones que plantearon sus inquietudes respecto al nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

Les agradecemos mucho, porque varios legisladores no conocen las diferentes situaciones. Estos elementos que aportaron son importantes como antecedente para lo que puede resolver el Poder Ejecutivo. Sería bueno ponernos en contacto con quien corresponda, a fin de que la solución no demorara mucho, sobre todo porque hay muchas personas que tienen este problema que seguramente no será tan difícil de resolver.

La Comisión agradece la presencia de nuestros invitados.

Se levanta la reunión.